

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

299

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 juin 1907 à 1 heure.

Par **F. LEVERT**

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Interne des Asiles de la Seine
Né à Martigny (Aisne) le 1^{er} juin 1881

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES
PSYCHOSES DE L'INVOLUTION SÉNILE
EN ALIÉNATION MENTALE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. DEBOVE et GILBERT, professeurs.
JEANSELME, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		N....
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Operations et appareils		N....
Pharmacologie et matière médicale.		SEGOND
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Maladies des enfants.		LANDOUZY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.		GAUCHER.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	}	LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	}	N....
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.

Agréés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	des trav. anat).
B. ANCA	FAURE	MAL. LARD	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	JEANSELME	MERY	WALLICH
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JOFFROY

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. LE D^r FÉLIZET

M. LE D^r GUILLEMIN

CHIRURGIENS DES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR LEGENDRE

M. LE DOCTEUR HIRTZ

M. LE DOCTEUR ANDRÉ BERGÉ

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

MÉDECINS DES HÔPITAUX

M. LE D^r LWÖFF

M. LE D^r MAGNAN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MES MAÎTRES DANS LES ASILES

M. LE D^r BEAUSSÉNAT

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE ADJOINT DE LA FACULTÉ

MON PREMIER MAÎTRE

AVANT-PROPOS

L'évolution des psychoses de la vieillesse a été très peu étudiée. Le Congrès de Bordeaux (1895) qui mit définitivement au point les psychoses de la vieillesse laissa de côté cette question. Montrer que des psychoses évoluant chez le vieillard parallèlement aux progrès de l'involution sénile peuvent guérir, sans entraîner aucun affaiblissement intellectuel consécutif, tel est l'objet de ce travail dont l'idée nous a été donnée par M. le Dr Lwöff, notre chef de service, pendant notre internat à l'Asile de Maison Blanche. Il nous a aidé de ses conseils. Nous sommes heureux de lui adresser ici nos plus vifs remerciements.

Nous étudierons d'abord l'involution sénile avec les désordres anatomiques et les troubles physiologiques qu'elle entraîne. Nous montrerons son rôle dans la genèse des troubles mentaux du vieillard que nous décrirons d'après les travaux de Thivet, Rouillard,

Pécharmant, Ritti, etc. Puis nous exposerons nos observations en faisant ressortir leur importance clinique et leur intérêt médico-légal. Un essai de pathogénie terminera cette étude.

On groupe sous le nom d'involution sénile l'ensemble des troubles psychiques démentiels ou vésaniques qui apparaissent chez des individus âgés, exempts ou non de tare héréditaire ou acquise et indemnes jusqu'alors de tout accès délirant.

En pathologie générale, on étudie sous le nom d'involution sénile les modifications qu'apporte dans l'organisme le travail régressif de l'âge.

Tous les organes en sont le siège. Le cœur, les artères et à un degré moindre les capillaires sont frappés d'athérome et de sclérose. Les poumons diminuent de poids, s'infiltrant d'anthracose. L'emphysème s'y installe. Les dents s'altèrent et tombent. L'estomac se rétracte ou se dilate. Sa muqueuse et ses glandes s'atrophient. Les mêmes altérations se retrouvent dans la structure de la muqueuse intestinale. Le foie et les reins se sclérosent, se rétractent. La rate est dure, granuleuse. La peau s'amincit, se plisse. Au visage, des rides profondes, des plis tourmentent la physionomie. Avec la calvitie, et le blanchiment des cheveux, ces signes constituent les premières manifestations extérieures de la sénilité. Plus tard la cornée présente son arcus senilis. Mais l'appareil génital est surtout frappé.

Chez l'homme, les testicules diminuent de volume et de poids ; les bourses se pigmentent, la verge est flaccide. Chez la femme, les ovaires s'atrophient. Leur surface se ride. Ils offrent l'aspect d'un fruit sec. Participant au processus général d'atrophie, l'utérus se ratatine, les trompes s'oblitérent.

Des altérations identiques se retrouvent du côté du système nerveux. La dure-mère, la pie-mère, l'arachnoïde, s'épaississent, prennent une apparence fibreuse. Le volume et le poids de l'encéphale diminuent (de 60 à 80 gr., Broca ; de 100 gr. (Brousse) ; Marandon de Monthyel a obtenu des résultats sensiblement concordants). Les circonvolutions s'atrophient. Les cellules nerveuses subissent la dégénérescence pigmentaire, granuleuse ou colloïde. La névroglie « ce tissu d'involution » apparaît. Elle prolifère suivant les cas par îlots ou par traînées partant soit de la périphérie de l'organe, soit de sa profondeur. Ses mailles envahissantes étouffent les éléments nobles de l'organe qui trouvent là une nouvelle cause de dégénérescence et d'atrophie. La composition chimique du cerveau, elle-même, se trouve modifiée : la graisse est diminuée. La quantité de phosphore est inférieure à la normale (Bibra).

En résumé, nous voyons que les altérations apportées dans l'organisme par l'involution sénile consistent en atrophie, sclérose, et dégénérescence des éléments cellulaires. On rencontre toujours le même tableau : « l'atrophie des éléments nobles et spécifiques, et leur remplacement par du tissu conjonctif hypertrophié » (Metchnikoff, *La Nature humaine*).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Ces lésions anatomiques entraînent des troubles physiologiques : troubles circulatoires (augmentation de la pression artérielle, congestion des centres) ; troubles respiratoires (ralentissement de la ventilation pulmonaire, diminution des échanges). Les fonctions digestives sont ralenties ; les digestions, lentes et difficiles. L'urée est éliminée en moins grande quantité ; la toxicité, urinaire, moindre. Totalelement abolies chez la femme, les fonctions de reproduction persistent quelque temps chez l'homme et disparaissent également. La force musculaire est diminuée ; les mouvements deviennent lents et incertains. La marche est traînante, mal assurée. On note un affaiblissement remarquable des réflexes. La sensibilité générale s'émousse ; de même, la sensibilité spéciale est profondément atteinte : la vue se trouble ; l'ouïe perd de sa finesse. La nutrition générale se ralentit. L'assimilation et surtout la désassimilation sont amoindries. Ce ralentissement de toutes les fonctions a pour corollaire un amoindrissement de l'activité vitale.

Les facultés intellectuelles, morales, affectives subissent à un haut degré les atteintes de l'âge, et le contre-coup des perturbations anatomiques qui caractérisent le cerveau sénile. Tout a été dit sur l'état mental du vieillard. Les uns en ont fait l'apologie (Cicéron, *De Senatute*). D'autres nous en ont donné un lamentable

tableau : « C'est moralement un égoïste aveugle et impitoyable, n'ayant pas même la faculté de s'occuper encore d'autre chose que de lui-même, et intellectuellement un penseur affaibli et borné, dont le fond est constitué par de vieilles erreurs et de vieux préjugés et qui reste fermé à de nouvelles idées » (Max Nordeau, médecin littérateur, cité par Metchnikoff). En réalité, ce qui domine dans l'état mental du vieillard, ce qui frappe tout d'abord, c'est la perte de la mémoire. Suivant la loi de régression, bien établie par Ribot, l'affaiblissement porte d'abord et uniquement sur les faits récents. L'amnésie n'intéresse que la mémoire de fixation. N'incorporant pas les impressions récentes, n'enregistrant pas les faits journaliers, le vieillard semble étranger au présent, il se replie constamment sur le passé dont il vante les avantages, *laudator temporis acti*. Incapable d'apprécier le présent qui échappe à son entendement affaibli, il le détracte et n'accepte de leçons que du passé. « A travers les brumes de l'âge il évoque partialement le passé » (Legrand de Saulle). A cette amnésie de fixation, se rattachent le rabâchage des vieillards, l'étroitesse de leur cercle d'idées, leur résistance aux progrès, leur aversion pour les innovations.

En même temps que la mémoire du vieillard est moins sûre, ses manifestations intellectuelles sont empreintes de quelque langueur : « La vieillesse laisse plus de vides à l'esprit qu'au corps » (Montaigne). Son imagination est déchue. Il perd le don d'assimilation. Il ne crée plus d'associations d'idées. Sa volonté perd

toute fermeté. Il s'exprime d'une façon diffuse, obscure et longue.

Mais les modifications de l'affectivité sont les plus frappantes. Les sentiments les plus élevés (la générosité, le dévouement, la pitié) disparaissent les premiers. Puis les tendances abstraites s'effacent pour laisser se manifester les instincts inférieurs, égoïstes qui ont trait à la satisfaction personnelle. Concentrant toute son attention à ses besoins, canalisant toutes les ressources vers son agrément personnel, suivant la tendance égocentrique bien connue le vieillard perd cette faculté si naturelle à l'homme de s'intéresser aux autres, et rapporte tout à son moi hypertrophié. « Indifférent, égoïste, aimant de moins en moins les autres, s'aimant chaque jour davantage, il rapporte tout à lui-même et laisse complaisamment le moi se centupler » (Legrand de Saulle).

Ce développement de l'égoïsme a pour corollaire la défiance du vieillard vis-à-vis de son entourage et même des siens, défiance allant quelquefois jusqu'à l'animosité.

Outre cet égoïsme, on constate la prédominance de l'instinct de propriété (Auguste Comte), qui n'en est qu'une variété. Boileau avait déjà signalé cette tendance :

La vieillesse chagrine incessamment amasse,

Hâtons-nous d'ajouter que tel n'est pas le sort de tous les vieillards. L'histoire nous rapporte de nombreux cas de longévité intellectuelle et physique dont les noms sont consignés dans toutes les thèses ; les Sextus, les

Caton dont Cicéron nous fait l'apologie dans son *De Senectute*, les Fontenelle, Chevreul, Voltaire, plus près de nous, Arago, Bouillaud, Thiers, Legouvé. Au nombre de ces vieillards privilégiés, nous ajouterons Elisée Reclus qui conserva jusqu'à un âge avancé une vigueur intellectuelle remarquable, doublée d'une rare énergie physique. D'autre part le commerce journalier de la vie met sur nos pas des vieillards aimables, pleins d'entrain, et d'activité, ayant conservé toutes les qualités de l'âge mur, quelquefois même de la jeunesse.

Mais l'âge n'est pas toujours le facteur unique de la vieillesse. Certains sujets s'affaiblissent jeunes soit physiquement, soit intellectuellement. Ces cas de sénilité précoce ne sont pas rares. Tous, nous avons rencontré quelques-uns de ces enfants qui ont l'aspect de « petits vieux ». Tous nous avons vu des adultes, qui à 25, qui à 30 ou 35 ans, présentaient une usure cérébrale, une déchéance physique que nous avons coutume de ne rencontrer que chez des vieillards de 65, 70 ans.

Les causes de cette déchéance prématurée sont assez bien connues : elle a été léguée par héritage ou elle tient au genre de vie mené.

Une des premières causes est l'âge des procréateurs. Les enfants de vieillards présentent en effet un aspect vieillot très caractéristique.

Certaines maladies infectieuses peuvent modifier les organes de telle sorte qu'un individu après une longue affection, suivie d'une pénible convalescence, reste vieilli de dix ans.

Mais ce sont surtout les toxiques qui hâtent la dé-

chéance de l'individu. Souvent même ils la créent de toute pièce.

L'alcool en particulier est un puissant facteur de vieillesse prématurée. Sous son influence nocive, les différents appareils subissent des altérations, voient leurs fonctions diminuer.

L'alcoolique digère mal, mange peu. Il est affecté d'un catarrhe pulmonaire. Ses forces musculaires diminuent. Sa démarche est incertaine. Ses mains tremblent. L'anaphrodisié est la règle. Au point de vue intellectuel sa déchéance, son amnésie qui cependant porte surtout sur les faits anciens offrent certains points de ressemblance avec l'affaiblissement sénile. Comme le vieillard aussi, il est instable, capricieux, il prend en haine son entourage. Ses sentiments affectifs et moraux disparaissent.

Le hanhisch, l'éther sont accusés d'amener une déchéance se rapprochant de la déchéance sénile.

Les fumeurs d'opium sont pour la plupart des séniles.

L'aspect du morphinomane a tous les caractères de la vieillesse prématurée. Son teint est terreux, ses rides précoces, ses traits affaissés, son visage immobile, sans vie ni expression. Sa force musculaire est considérablement diminuée. Ses facultés génitales sont à peu près abolies. En même temps on constate un affaiblissement marqué des sentiments affectifs et moraux de l'individu.

En résumé, la sénilité précoce reconnaît comme cause :

Une diathèse héréditaire ou acquise ;

Une infection ;

Une intoxication (alcool, éther, opium, morphine, etc.).

Les causes de la sénilité physiologique sont moins connues. Nous reviendrons plus tard sur sa pathogénie.

Ainsi la vieillesse physiologique imprime aux facultés intellectuelles un cachet d'affaiblissement plus ou moins apparent suivant les cas, plus ou moins accentué suivant les individus, mais que l'on ne saurait nier. Nous savons d'autre part que l'involution sénile est souvent l'occasion de l'apparition de troubles mentaux (Capgras. *Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. Psychoses d'involution des traités classiques*).

Sans vouloir rééditer cette étude, nous lui donnerons l'appui d'une statistique personnelle établie de la façon suivante. Nous avons groupé les malades actuellement à l'asile de Maison Blanche d'après leur âge au moment du début de leur affection (il est entendu que nous avons rejeté de notre statistique les paralytiques généraux, et les déments organiques).

Cette façon de procéder, sur un nombre de malades relativement trop restreint, après notre élimination semblait nous donner des résultats contradictoires. C'est ainsi que nous avons dix malades dont l'affection a débuté à 37 ans, et que nous n'en possédons qu'une dont la maladie remonte à 60 ans.

Une autre difficulté vient de l'impossibilité de fixer

la date d'entrée dans la vieillesse. Certains auteurs disent 60 ans, d'autres 65, d'autres 70. Pour éviter cet écueil et cette difficulté, nous ne consignons ici que les résultats obtenus en groupant les malades qui ont vu leur psychose débiter pendant une même période de dix ans :

De 25 à 35 ans,

De 35 à 45 ans, etc.

Or, nous avons de :

25 à 35 ans, 40 cas

35 à 45 ans, 49 cas

45 à 55 ans, 61 cas

55 à 65 ans, 73 cas

Ces chiffres montrent un accroissement net des troubles mentaux de 45 à 55 ans et de 55 à 65 ans.

Troubles psychiques d'involution.

Ces troubles peuvent être distingués en troubles démentiels et en psychoses.

DÉMENCE. — La démence d'involution sénile est simple ou délirante.

Démence simple. — Nous trouvons dans les traités classiques anciens (Pinel, Esquirol) une description complète de cet affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, affectives et morales qui constitue le fond de la démence sénile simple. On n'a rien ajouté à cette étude. Le rôle des auteurs modernes a été de montrer la marche de ce travail de destruction qui

frappe la mémoire de fixation (amnésie antérograde), puis la mémoire d'évocation (amnésie rétrograde) suivant une marche logique, une véritable loi, la loi de régression de la mémoire de Ribot ; qui ralentit, perturbe, affaiblit l'association d'idées, dévie et perd le jugement, émousse et annihile la volonté, détruit l'attention. « Expression immédiate de notre organisation » (Ribot, *Maladies de la mémoire*), les sentiments sont les derniers lésés. Au début, ils sont déviés. Le vieillard concentre et canalise tous les efforts sur ses besoins personnels, suivant la tendance égocentrique que nous avons signalée déjà dans la vieillesse physiologique, mais qui prend ici une extension particulière. Plus tard seulement les facultés affectives s'éteignent, mais à une époque « où déjà la désorganisation est si grande que la personnalité commence à tomber en morceaux » (Ribot). Inconscient alors, dépouillé de sa personnalité, le vieillard est réduit à un état d'enfance où survivent seules ses premières notions. Fait-il un acte ? ce n'est plus qu'un automate fonctionnant en vertu des impulsions acquises.

Aux troubles psychiques ne tardent pas à s'ajouter des troubles physiques importants. Ils étaient seulement esquissés au début de l'affection ; maintenant ils dominent la scène ; le malade s'affaiblit ; bientôt il ne peut plus ni marcher ni se tenir debout ; puis le décubitus dorsal devient nécessaire et le gâtisme survient.

Le malade succombe aux progrès de la cachexie, à moins qu'une affection intercurrente (broncho-pneumonie) ne précipite le dénouement.

Le diagnostic de ces troubles n'offre généralement pas de difficultés réelles. Cependant il existe entre la démence sénile simple et la sénilité physiologique une série continue, des degrés ininterrompus de telle sorte qu'il est souvent délicat de marquer une délimitation entre ces deux états. Se rendant compte de cette difficulté, Legrand de Saulle avait créé « un état mixte où, suivant l'expression de Lucrèce, *claudicat ingenium*. Aujourd'hui on dirait de ces vieillards de Legrand de Saulle « qui ont baissé » qu'ils sont sur les frontières de la démence. La conservation de leur jugement, l'intégrité de leurs instincts de sociabilité, la persistance du moins momentanée de leur attention, constituent les principaux éléments de différenciation permettant de distraire du cadre des déments ces vieillards qui ne jouissent plus de la parfaite intégrité de leur entendement et qui ne sont pas cependant frappés de démence sénile.

DÉMENCE SÉNILE DÉLIRANTE. — Sur ce fond d'affaiblissement intellectuel peuvent naître et germer des idées délirantes. Elles portent l'empreinte du terrain affaibli sur lequel elles évoluent. Elles n'ont ni la fixité, ni la cohésion du vrai délire. Elles sont multiples, vagues, indéterminées, mobiles, fugaces, sans coordination. Leur naïveté, leur puérilité, les caractérisent encore. Ce sont par ordre de fréquence, des idées hypochondriaques nées de la préoccupation excessive que le vieillard a pour sa santé, de l'étude anxieuse de ses infirmités physiques, de l'approche et de la crainte de la mort ; puis des idées de persécution

extrêmement variables : on les vole, on veut les empoisonner. Plus rarement, mais non exceptionnellement, il existe des idées de grandeur. Les interprétations délirantes peuvent chevaucher avec ces diverses idées délirantes. Elles entrent pour une large part dans le délire de certains vieillards. Une de nos malades nous disait en nous montrant un chariot de linge sale que l'on conduisait à la buanderie : « Voyez, monsieur, ils m'enlèvent tout comme ça. Tous mes draps et mes chemises y ont passé. Je n'ai plus rien à me mettre. »

Tous les auteurs s'accordent pour signaler la fréquence et l'importance des idées érotiques chez le vieillard dément.

Cette question est traitée avec une ampleur particulière dans la thèse de Pécharmant (*Essai sur les Psychoses des vieillards*).

Le désordre des actes est constant chez les déments séniles. Ils sont turbulents, extravagants, ils crient la nuit ; tantôt ils gémissent ou se plaignent ; tantôt ils chantent. Ils quittent leur demeure et se perdent dans la rue où on les arrête errant et vagabondant. Ils ont perdu tout sentiment de pudeur ; ils se déshabillent en public, satisfont leurs besoins là où ils se trouvent. Ils sont exhibitionnistes, violateurs. Ils volent, mettent le feu, tuent. Mais leur crime, leur délit ou leur forfait porte un cachet démentiel caractéristique. « Rien n'égale leur souveraine imprévoyance, la complète irréflexion qu'ils apportent dans leurs actes. Ceux-ci accomplis, le

malade niais, ignorant, répond : « Je ne sais pas » (Pécharmant).

D'une façon générale, dans les asiles, ces malades sont excités ou apathiques. Ceux-ci restent des heures entières sur leur chaise. Leur regard ne reflète aucun signe de vie. Leur physionomie est inerte. Rien ne peut les tirer de leur apathie. Ceux-là sont insupportables. Ils vont, viennent, s'intéressent à tout, crient, insultent, frappent.

L'évolution de la démence sénile délirante est essentiellement chronique : ces malades succombent lentement aux progrès de la cachexie ou sont emportés brusquement par une broncho-pneumonie.

PSYCHOSES DE LA VIEILLESSE. — Plus intéressantes sont les psychoses de la vieillesse. A peine mentionnées dans les classiques anciens, elles ont fait depuis vingt-cinq ans le sujet de diverses thèses et la matière du congrès de Bordeaux de 1895 qui mit définitivement la question au point.

C'est Ville qui le premier tenta de séparer du groupe confus de la démence sénile, les psychoses de la vieillesse (1873). Puis, Goudal (Thèse de Paris (1884), *Aliénation mentale chez le vieillard*), montre que l'on peut rencontrer chez le vieillard la manie, dont il rapporte trois observations, et la mélancolie (cinq observations). En 1887, Régis publie dans les *Annales médico-psychologiques*, son article sur la *Folie héréditaire chez les gens âgés*. Puis vient la thèse de Thivet, 1889 : « Quant aux vésanies, aux psychopathies pures, leur existence ne saurait être contestée. La plus fréquente est la

mélancolie (neuf observations), puis viennent la manie (trois observations), le délire ambitieux (deux observations).

La même année paraît un article de la *Gazette des Hôpitaux* sur les troubles mentaux des vieillards, par Rouillard. L'auteur démontre avec observations à l'appui, l'existence de la manie, de la mélancolie, absolument semblables à celle de l'adulte, — 1893. Thèse de Pécharmant : *Essai sur les psychoses de la vieillesse*. Nous y trouvons trois observations de manie aiguë, quelques observations de mélancolie. L'auteur s'attarde avec une complaisance marquée aux obsessions, au délire systématisé, dont l'existence permet d'affirmer que « la dégénérescence mentale peut atteindre pour se révéler la fin de l'existence ».

Le Congrès de Bordeaux de 1895 couronne cette étude. Ritti, après une esquisse de la démence simple et de la démence délirante étudie la manie du vieillard identique à celle de l'adulte, mais ne possédant ni la richesse ni la rapidité d'idées que l'on constate chez ce dernier. Passant à la mélancolie, il en décrit les trois formes classiques : mélancolie simple, anxieuse et avec stupeur. Il rappelle que Fürstner a pu grouper quinze cas de confusion mentale. Il parle d'un cas de folie périodique dont il ne rapporte pas l'observation. A ce sujet nous croyons intéressant de publier l'observation d'une malade observée à l'asile de Maison Blanche depuis 1901 et dont les accès intermittents ont débuté à l'âge de 69 ans.

Observation I

Folie périodique; début à 69 ans chez une malade n'ayant aucun antécédent héréditaire. Accès d'une durée de trois mois environ, se répétant tous les trois ou quatre mois. Entre les accès, intégrité parfaite des facultés intellectuelles.

Marie R..., 75 ans. Journalière.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Choléra pendant la guerre.

Aucune maladie infectieuse. « Jamais je n'ai eu affaire aux médecins. »

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Mère morte de vieillesse à 87 ans.

Père mort des suites d'un étranglement herniaire.

Ascendants :

Un fils mort de tuberculose pulmonaire.

Un autre mort au Tonkin.

Une fille bien portante, présentant une inégalité pupillaire qui paraît être congénitale.

Depuis son entrée à l'asile, 23 octobre 1901, cette malade présente des périodes alternatives d'excitation et de calme.

Durée. — La malade est excitée pendant deux mois environ, A cette période d'excitation, succède une période de calme dont la durée varie entre deux à quatre mois.

Périodes d'excitation. — Pendant sa phase d'excitation, qui est toujours identique à elle-même, la malade est dans un état d'agitation telle qu'on est obligé de la maintenir dans un quartier d'agitées. Elle crie, interpelle les malades et les infirmières. Elle les insulte et rit aux éclats. Elle gesticule, court hors du

lit, jette son matelas et ses draps par terre, s'élance dans le dortoir. Elle se déshabille.

Idées délirantes. — « J'ai accouché de trois petits chevaux... ils avaient des têtes de chacal... je les veux mes petits chevaux... je ne mens pas... je suis fille de militaire... je suis riche vous savez... je suis d'origine hollandaise, mon père avait une fabrique de bougies, une de parfum, une de savonnettes. »

Idées érotiques. — « Je veux me marier avec Henri »; au moment de la visite : « Embrassez-moi... venez donc », avec des clignements d'yeux : « Regardez donc si j'ai encore de belles gougouttes. » — « Dites donc, vous ne savez donc pas que votre docteur, il a un béguin pour moi... je me fais des petites nattes parce qu'il va venir. » Elle se met des rubans bleus au cou pour la visite.

Phobies. — Pendant toutes ses périodes délirantes, la malade parle d'un singe qui veut l'étouffer. La nuit, elle pousse des cris de frayeur, et se réveille en disant : « C'est mon singe ! »

Troubles de la sensibilité générale. — Au cours de ses accès, la malade accuse toujours des douleurs au niveau de l'un des côtés, aux reins, à l'épaule. Elle se plaint d'une sensation de constriction avec étouffement au niveau de la gorge. Troubles moteurs. Excitation. Gesticulation. Gâtisme constant pendant les accès.

Troubles vaso-moteurs. — La malade présente une rougeur diffuse au niveau du cou. La fille de cette malade avait déjà remarqué la coïncidence constante de l'apparition de cette rougeur et des accès délirants.

7 mars 1907. — Examen de l'état mental de la malade qui est calme depuis un mois environ, et se trouve depuis cette époque dans un quartier de tranquilles.

Cette malade est parfaitement orientée dans le temps et l'espace.

N'ayant jamais été à l'école, elle ne sait ni lire ni écrire.

Elle additionne rapidement de mémoire, et sans erreur.

Elle ne peut faire de multiplication de mémoire. Elle ne l'a jamais apprise.

Mémoire. — La mémoire d'évocation ne présente aucun affaiblissement. La malade nous donne avec exactitude son âge (75 ans), sa date de sa naissance, la date de son entrée à l'asile. Elle ajoute même, ce qui est exact : « je suis arrivée en même temps que telle infirmière. »

Sa mémoire de fixation est intacte : la malade nous donne avec exactitude le menu de son dîner de la veille, et de son déjeuner. Elle cite rapidement les noms des infirmières de son quartier, ceux de quelques malades.

Elle n'est nullement restée étrangère aux petits événements qui se passent dans l'asile. Elle dit que telle ou telle infirmière est mariée depuis son entrée à l'asile. Elle parle de la mort du directeur, survenue il y a quelques mois, et déplore ce décès subit pour ses trois filles.

Jugement. — La malade se rend compte de son état. Elle sait que de temps en temps, elle perd la tête.

D. — Pourquoi vous a-t-on mise ici ?

R. — C'est parce que de temps en temps, j'ai comme des fièvres chaudes... quand ça me prend je chante, je crie toute la nuit... c'est le maire qui m'a fait interner.

Affectivité : normale. — La malade est heureuse de voir sa fille. Elle parle avec émotion de son fils qui est mort au Tonkin, et d'un autre enfant mort de tuberculose « après un an de langueur ».

Renseignements donnés par la fille de la malade :

« Ma mère a toujours eu un caractère agréable, gai. Elle ne se mettait jamais en colère... pas de crises de nerfs... Elle a travaillé pendant trente-cinq ans dans la même maison... Elle n'a jamais fait aucun excès de boisson.. Elle était bien avec tout le monde. »

Trois faits importants se dégagent de cette observation :

Le début tardif de l'affection à l'âge 65 ans ;

L'absence de tare héréditaire ;

La parfaite conservation des facultés intellectuelles entre les accès, chez une malade actuellement âgée de 75 ans, et internée depuis l'âge de 69 ans. .

Nous n'ignorons pas que des malades ayant traversé leur triste existence dans des alternatives continuelles d'excitation peuvent arriver à un âge avancé et présenter, lorsque leur affection subit quelque moment d'arrêt, « une intelligence forte et saine, une mémoire sûre, et des aptitudes à un travail régulier » (Ritti, *De la folie circulaire*). Mais le fait est plus frappant encore lorsque l'affection survient chez une personne âgée (69 ans), dont les organes sont touchés par le processus atrophiant et dégénératif de l'involution sénile, sans que ces modifications sur lesquelles nous avons insisté déjà semblent avoir d'influence sur la marche essentiellement intermittente de la maladie.

Le délire de persécution systématisé, débutant à un âge avancé, a été longtemps nié, dit Ritti, dans le même rapport. Il en emprunte un exemple à une leçon de

Séglas. Depuis la question a été étudiée par Mahon (*Délire de persécutions chez le vieillard*, Thèse, Paris, 1896). L'auteur en rapporte trois observations auxquelles nous ajoutons un cas personnel.

Observation II

Délire de persécutions. Interprétations délirantes. Hallucinations. Réticences, chez une femme âgée de 61 ans, n'ayant plus ses règles depuis l'âge de 53 ans. Aucun affaiblissement intellectuel. Les troubles psychiques remontent à environ deux ans.

G... Victorine, 61 ans, exerce la profession de lingère.

Elle est parfaitement orientée dans le temps et l'espace.

Elle compte rapidement et sans erreur ; elle fait sans faute une multiplication, et une division. Sa mémoire de fixation comme sa mémoire d'évocation sont intactes. Elle ne présente aucun indice d'affaiblissement intellectuel.

Cette malade s'est toujours montrée très réticente.

2 février 1907 (à son arrivée). — Pourquoi vous a-t on mis ici ?

« On m'a volée, puis isolée, et prise dans un piège... c'est par ces moyens que l'on m'a amenée ici, mais je ne suis pas folle... »

— Qui accusez-vous de vous avoir fait interner ?

« Des personnes influentes... j'aime mieux ne pas dire qui... vous ne me croyeriez pas... il y a là une plaie religieuse. »

— Sont-ce des prêtres ?

« Ce sont des personnes trop nombreuses pour vous en dire

les noms... leurs noms sont au parquet et quand j'ai été pour me plaindre, on m'a prise. »

— Que vous ont-elles fait ces personnes ?

« Vous le savez... adressez-vous à la préfecture... ils m'ont ruinée de deux propriétés de 25.000 francs que je possédais en Haute-Savoie et dont la rente me faisait vivre... Ils se sont entendus pour me voler... j'ai eu à faire comme on dit à des hommes véreux... Il y a là-dedans du clergé, des notaires, une bande noire dont les chefs sont invisibles... ils m'ont tout fait... voyez, monsieur, j'en suis à ma neuvième maison... ils m'ont ruinée en déménagements... ils m'ont tout pris, mes clefs, mes papiers, mes reconnaissances. »

Hallucinations. — « Quand je descendais rue Lhomond, on m'insultait ; on disait : « folle, détraquée, etc... »

Interprétations. — « On toussait, on faisait des gestes, c'était pour m'exciter, mais je suis toujours restée calme... on m'a envoyé un apache pour m'assassiner et me voler. »

15 février 1907. — Pourquoi êtes-vous ici ?

« Ce n'est pas à moi à vous le dire... Monsieur ferait mieux de s'adresser au parquet... tous les avocats ont mon rapport. Écrivez-leur, c'est une affaire de conscience... je ne dois pas être ici. »

18 mars 1907. — « Ne revenons pas à cette question... je n'ai rien fait... je puis sortir... »

15 avril 1907. — Comment vous a-t-on amenée à Sainte-Anne ?

« Adressez-vous à la préfecture... j'ai été me plaindre au bureau de police de personnes qui m'avaient volée pendant mon déménagement, et au lieu de me faire justice on m'a prise... mais je ne dois pas être ici. »

On le voit cette malade présente une activité délirante exceptionnelle à son âge. A l'asile, elle ne cesse de protester contre son internement. Ses protestations sont journalières et véhémentes. Elle avait élaboré un plan d'évasion avec une autre malade qui plus affaiblie révéla le projet.

AUCUN ANTÉCÉDENT PERSONNEL. — Pas de traces d'éthylisme.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort à l'âge de 53 ans.

Mère morte très âgée.

Un frère bien portant.

Mais ce qui nous a frappé particulièrement dans cette revue des principaux auteurs qui ont traité des psychoses de la vieillesse, c'est la note pessimiste générale que l'on donne au pronostic de l'affection mentale du vieillard.

Régis, dans son article sur les psychoses séniles et tardives (*loc. cit.*), dit : « Ces accès ne sont en général que le prélude de la ruine des facultés intellectuelles à plus ou moins longue échéance. » A propos de l'hypochondrie, nous trouvons dans la thèse de Thivet, page 37 : « L'hypochondrie chez le vieillard lorsqu'elle n'est pas le prélude ou le symptôme d'une autre maladie mentale a en général une marche assez lente... au bout d'un temps plus ou moins long, il peut se faire que la démence sénile jette le voile sur les manifestations délirantes. » A propos de la mélancolie : « Le pronostic de cette affection est des plus graves. Ordinairement incurable, par exception elle peut guérir, ainsi que nous en avons vu plusieurs exemples... lors-

que les troubles psychiques remontent à plus d'un an, le pronostic est défavorable. »

Pécharmant se demande que deviennent ces malades atteints de psychoses séniles. « Il faut avouer que si la guérison est possible, elle doit être rare. On peut concevoir d'autre part que la vésanie s'éternise et que parallèlement l'âge poursuive son travail de désintégration. Thivet affirme la possibilité d'une guérison, sans en fournir la preuve. »

Ritti, au chapitre pronostic de son rapport, tire des conclusions un peu différentes : « En décrivant les diverses formes des psychoses de la vieillesse, nous avons dit un mot de leur pronostic, en empruntant ces chiffres au professeur Fürstner, et on a pu constater qu'il n'était pas défavorable, qu'en somme la folie du vieillard est souvent curable. »

Wille dans son *Mémoire* aboutit aux mêmes résultats. Empruntant sa statistique à trois asiles différents il trouve que sur le nombre d'individus qui avaient passé l'âge de 60 ans, on a compté 28 0 0 de guérisons. On peut conclure que les psychoses de la vieillesse sont curables dans la proportion d'un quart.

Mais l'auteur n'apporte à l'appui de ces chiffres aucune observation clinique suivie, complétée par l'analyse psychologique de l'aliéné guéri. Il ne nous renseigne pas sur la qualité de la guérison. Il ne nous dit pas quel a été l'écho d'un accès délirant sur le cerveau du vieillard, touché par le processus d'involution sénile. Or, un vieillard peut guérir d'un accès délirant, sans en subir aucun affaiblissement intellectuel. De

même qu'il existe des vieillards privilégiés qui, à un âge avancé, jouissent de la plénitude de leurs facultés et de toute leur activité cérébrale, de même, nous trouvons des vieillards qui sortent d'un accès d'aliénation mentale, absolument indemnes, sans affaiblissement de leurs facultés, sans en subir aucun dommage, en conservant intacte leur activité mentale.

C'est ce point particulier de l'évolution des psychoses chez le vieillard, sur lequel M. le Dr Lwöff a attiré notre attention pendant notre internat à l'asile de Maison Blanche que nous essaierons de mettre en lumière.

Suivant l'ordre logique habituellement suivi, nous exposerons d'abord nos observations. Nous montrerons ensuite leur importance clinique et médico-légale. Un essai de pathogénie complétera cette étude.

Observation III

Délire mélancolique avec préoccupations hypocondriaques ; idées de négation chez une malade âgée de 67 ans. Quinze mois de séjour à l'asile d'où elle sort complètement guérie. Rechute six mois après. Deuxième séjour de neuf mois à l'asile. Sortie avec ses facultés intellectuelles absolument intactes.

M... Françoise, 67 ans, journalière.

Elle est internée le 15 décembre 1903 avec ce certificat du Dr Garnier :

« ... Affaiblissement intellectuel avec idées mélancoliques. Lamentations. Idées confuses de persécutions. Tentative de suicide. »

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — La malade n'aurait pas d'hérédité.

Son père est mort à 88 ans, sa mère à 80 ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — La malade a toujours été bien portante. Elle n'était pas nerveuse. Elle n'avait pas de migraines, pas de céphalée. On ne lui découvre aucun signe d'éthylisme. Elle exerçait la profession de journalière.

La malade raconte que vers le mois de décembre 1903 elle a commencé à ressentir des douleurs dans le côté droit. Ces douleurs étaient très vives. Elles ressemblaient à des picotements très douloureux, mêlés de fourmillements : « c'est comme si j'avais des milliers de fourmis », dit la malade. Elles étaient continues. La souffrance était telle qu'elle ne pouvait coucher sur ce côté.

Ces phénomènes ne manquent pas d'inquiéter la malade. Elle se demande s'il n'y a pas quelque chose dans ce côté ; épingles, fourmis... puis elle a fini par croire qu'il y avait un ver : « Il me rongerait le foie. » De l'inquiétude la malade tombe dans la dépression : elle devient triste, ne cause plus, ne mange plus ; « souffrant trop je ne pouvais plus vivre », elle se jette à la Marne, d'où on la repêche aussitôt. Elle ne remercie pas ses sauveteurs, elle est même très mécontente de leur œuvre, et leur dit : « Vous auriez bien pu me laisser mourir. »

A la suite de cette tentative de suicide, la malade est internée.

A son arrivée à l'asile elle est dans un état de dépression très accentué. Elle pleurait, gémissait, se lamentait toute la journée. Elle restait debout dans sa chambre jour et nuit. Elle refusait de s'alimenter. On a dû au début de son séjour, l'alimenter à la sonde.

Troubles hypochondriaques. — « J'étouffe... oh là, mon

côté, je souffre, j'ai une congestion dans le foie, je souffre... enlevez-moi cette congestion... mettez-moi des ventouses... mes pauvres membres qui n'ont pas pris de nourriture depuis longtemps... j'ai une congestion dans le ventre... je n'ai jamais pu aller à la selle comme tout le monde... malheureusement on ne me croit pas ».

Idées de négation. — « Je ne respire pas du cerveau ni de la bouche, j'ai la bouche bouchée... j'ai l'intestin bouché, je ne vais pas à la selle. . je n'ai plus de sang dans les veines. »

La malade croyait toujours qu'elle avait dans le côté un ver qui lui rongait le foie.

16 avril 1905. — La malade sort guérie de ce premier accès délirant. Elle rentre à l'asile le 20 octobre 1905, présentant un même délire mélancolique avec idées hypocondriaques, plaintes, gémissements, refus d'aliments.

5 février 1906. — Nous ne trouvons plus à la malade les idées délirantes du début, mais elle reste triste et déprimée. Elle conserve le souvenir des troubles qu'elle a présentés. Elle raconte qu'elle croyait réellement avoir un ver dans le côté. « Je ne mangeais pas, parce que je ne le pouvais pas, je croyais n'avoir plus ni bouche ni estomac. et alors, j'avais en moi l'idée que je ne pouvais ni manger ni avaler ». La vue d'un aliment ne lui disait rien, ne suscitait aucune sensation.

10 avril 1906. — La malade s'améliore progressivement. Sa tristesse et sa dépression l'ont quittée. Son visage s'est éclairé. Elle ne veut plus mourir. Elle tient à vivre maintenant. Elle s'occupe toute la journée avec une activité et une compétence rares à son âge. « La malade coud toute la journée, donne de l'ouvrage à tout le monde, prépare le travail pour le mettre en mains des autres malades dont elle dirige et stimule le zèle,

tout en travaillant voit partout s'il n'y a pas des malades qui font des choses qui ne faut pas et vient nous avertir... elle nous aide à servir les malades... elle est très prévenante, très gentille pour tout le monde, malades et infirmières... elle prend beaucoup de goût à son travail ; sitôt celui-ci terminé, elle demande qu'on le lui remplace (extrait des notes prises par les infirmières).

À la même époque, l'examen de l'état mental de la malade ne décèle aucune trace d'affaiblissement intellectuel.

La malade est parfaitement orientée dans le temps et l'espace.

Mémoire. — Sa mémoire ne présente aucune lacune. Sa mémoire d'évocation est intacte. La malade nous donne exactement la date de sa naissance, celle de sa première entrée, celle de sa sortie, de sa deuxième entrée. Aucune lacune dans sa mémoire de fixation.

Elle additionne de mémoire. Elle lit parfaitement, mais ne sait pas écrire : elle n'a jamais su écrire, ayant été très peu à l'école.

C'est une malade réfléchie, raisonnant sainement et intelligemment sur les quelques points où on attire son attention.

Depuis, nous avons suivi cette malade. Nous avons souvent causé avec elle. Le sujet habituel de nos conversations était sa maladie antérieure. La malade nous a constamment parlé des idées qu'elle a présentées, sans le moindre ennui, sans jamais trahir la moindre contrariété. Elle nous en entretenait comme d'une chose qui désormais lui était étrangère.

Abordait-on la question de sa sortie, en lui faisant part de la nécessité où l'on serait de la retarder pour s'assurer de sa guérison, et ne pas l'exposer à une nouvelle rechute, elle ne faisait aucune objection, et ne trahissait aucune irritabilité, disant

qu'elle s'en remettait entièrement à la décision du docteur. De même, elle a vécu dans le milieu spécial d'un quartier d'asile sans jamais en paraître incommodée. Loin de là, elle se rendait utile, causait aux malades, encourageait à manger celles qui refusaient de s'alimenter, calmait celles qui s'excitaient ; « elle s'occupe aussi beaucoup de M^{me} M... (mélancolie anxieuse avec refus d'aliments), elle la fait mettre à table. Elle la fait manger, lui dit toute sorte de bonnes paroles, pour l'encourager à se guérir » (note prise par le personnel).

Le 2 juillet 1906, elle sort complètement guérie de son accès délirant. Depuis la guérison se maintient.

En résumé, il s'agit là d'une malade dépourvue de toute tare héréditaire, dont l'existence absolument normale n'a jamais révélé aucune tare acquise, et qui à l'âge de 67 ans a été frappée d'aliénation mentale. Son grand âge devait assombrir singulièrement le pronostic. La présence d'idées de négation apportait également une signification défavorable. « Le délire de négation reste toujours un état de chronicité spécial à certains états mélancoliques dont la maladie est devenue continue » (Cotard, *Des maladies cérébrales*). « La mélancolie commune guérit communément, il n'en est pas de même lorsque les délires hypochondriaque et de négation viennent s'y ajouter » (même auteur, *loc. cit.*). Séglas dit également que dans la majorité des cas, ce syndrome est un signe de chronicité... « la négation qui s'adresse au physique indique déjà une maladie plus avancée, et traduit une atteinte plus profonde à la constitution de la personnalité individuelle » (Séglas. *Le délire des négations*).

tions). Malgré ces éléments défavorables, au bout d'un an de délire, la malade présente une légère amélioration. Après un séjour de seize mois, elle sort guérie. Elle revient six mois après, délirante comme à sa première entrée. Elle a maintenant 70 ans. Il s'agit d'une récidive... tout porte à croire qu'elle va conduire la malade à la démence. Le 5 février, nous notons la disparition des idées délirantes. Graduellement l'amélioration se dessine, puis s'accroît, et la guérison s'affirme. C'est une guérison complète. A sa sortie, cette malade était absolument normale. Ses facultés n'avaient pas souffert de ces deux périodes délirantes. Sa vigueur intellectuelle, son activité cérébrale avaient été complètement respectées.

Il s'agit d'une mélancolie intermittente, pourra-t-on nous objecter. Nous n'ignorons pas la longue conservation des facultés intellectuelles chez les intermittents. Nous en rapportons nous-même un exemple (ob. I). Mais nous n'avons reconnu chez notre malade ni le début brusque de l'accès, ni sa marche continue, ni sa terminaison rapide, ni le caractère essentiellement héréditaire de la maladie, qui constituent un ensemble de signes, spéciaux à la folie intermittente ou à la folie maniaque dépressive sur laquelle Deny et Camus ont appelé récemment l'attention.

Observation IV

A., Marie, 68 ans, ménagère.

Cette malade est internée depuis le 28 octobre 1901. Nous trouvons dans son dossier les certificats suivants :

« Affaiblissement intellectuel Hallucinations de l'ouïe. Persécutions imaginaires. Une voix lui a fait entendre que son fils était sorti de terre. . . »

« Démence sénile. Turbulence. Activité désordonnée. Gâtisme. »

« ... Affaiblissement des facultés intellectuelles, avec préoccupations hypocondriaques, la malade se trouve dans l'impossibilité la plus absolue de donner avec discernement son consentement au mariage projeté de son fils » (21 janvier 1902).

Cette malade est transférée à la colonie familiale de Dun-sur-Auron le 22 janvier 1903. Elle y séjourne trois ans environ et revient à l'asile de Maison Blanche avec ce certificat :

« ... Affaiblissement intellectuel, idées de persécutions. Hallucinations de l'ouïe. » Elle raconte que des somnambules lui lient la langue. Un docteur lui introduit la main par le bas du ventre. »

18 octobre 1906. — La malade est calme depuis quelques mois. Elle nous fait de son état le récit suivant :

« Il y a onze ans, à la suite de la mort de mon fils que j'étais venue de mon pays soigner à Paris, je devins triste ; je ne mangeais plus, je pleurais tout le temps, jour et nuit. Mais je me calmais. Cinq ans après ce décès, on me fait remarquer que mon fils a été inhumé avec les prénoms de son père. J'ai été obligée de faire modifier l'acte de décès. Cela m'a préoccupée. Ça m'a frappée. »

Hallucinations. — Quelques mois après elle entend des voix qui lui disaient : « cette pauvre femme, on va exhumer son petit », puis, « elle est venue de son pays pour l'empoisonner... c'est elle qui l'a fait mourir. » Les voix me disaient aussi qu'on voulait m'enlever, que mon garçon m'avait vendue, qu'il avait signé une pièce comme quoi il me vendait. »

« J'entendais réellement des voix ; ça me causait en dedans de la tête. »

Troubles de la sensibilité génitale. — La malade raconte qu'étant à l'asile, il lui semblait qu'un homme, le plus souvent le docteur, se cachait sous son lit et lui introduisait la main dans les parties génitales. Elle serrait les jambes et se couvrait avec ses jupes pour empêcher cette pénétration.

A la même époque, M. le Dr Lwöff notait : « Cette malade est calme, s'occupe régulièrement à la couture, donne des renseignements précis sur son passé et sa maladie, se rend très bien compte de sa situation. Son jugement est conservé, de même que son intelligence. Ses sentiments affectifs paraissent intacts. Elle est peut-être un peu émotive. »

20 janvier 1907. — Examen de l'état mental de la malade qui est guérie des troubles qu'elle a présentés depuis 1901.

Cette malade est parfaitement orientée dans le temps et l'espace.

Elle lit couramment, mais elle ne sait pas écrire. Elle a d'ailleurs été très peu à l'école, et d'une façon irrégulière. Elle additionne de mémoire avec facilité et sans erreur.

Mémoire. — La malade nous dit son âge, sa date de naissance. Elle conserve le souvenir des principaux détails de son existence à l'asile. Elle rappelle qu'à son arrivée on l'a mise au cinquième, puis à l'infirmerie.

Sa mémoire de fixation ne présente aucune lacune.

Jugement. — La malade est sensée, réfléchie. Elle raisonne sainement. Elle sait que ses 74 ans ne lui permettent pas de travailler au dehors. « Mon fils pourrait bien s'occuper de moi, mais depuis qu'il est remarié, il n'est pas venu me voir. »

Affectivité. — Encore un peu exagérée. La malade pleure en parlant de l'abandon où la laisse son fils, mais c'est un sentiment bien naturel, chez une mère « qui aimait beaucoup son fils ».

Depuis nous avons souvent causé à la malade de ses hallucinations. Ce rappel de son état maladif ancien ne la troublait pas : « Oui, j'avais la tête bien égarée, avait-elle dit ; j'avais des idées que l'on me faisait ci, qu'on me faisait ça... j'entendais des voix... tout le monde qui passait devant ma porte disait un tas de choses de moi... maintenant je suis guérie. »

20 janvier 1907. — Nous parlons à la malade de son fils. Nous l'avons fait assez longuement et intentionnellement, sans que cette conversation lui arrache des larmes, comme lors d'un dernier examen. La malade d'ailleurs a pris une décision : « Puisque mon fils qui n'est pas venu me voir depuis deux ans ne veut pas me reprendre, j'aime mieux être dans une maison de vieillards... ici je suis enfermée toute la journée, quand on est malade on n'y fait pas attention, mais quand on n'est pas malade, ce n'est pas sa place de rester ici... »

Quelques jours après, la malade nous remettait cette lettre qu'elle avait fait écrire par une de ses compagnes sous sa dictée :

Monsieur le Docteur,

Voyant que mon fils m'a abandonné, je vous demande d'avoir la bonté de me faire rentrer dans une maison de vieillards.

J'aurais la préférence pour la Salpêtrière. Je vous en serais bien reconnaissante.

Veuve S..., 74 ans.

Cette lettre n'a pas encore eu de suite. La malade demeure à l'asile où sa guérison se maintient.

Observation V

Délire mélancolique. Hallucinations. Excitation par intervalle chez une malade âgée de 72 ans. Durée sept à huit mois. Guérison complète.

Berthe G..., 72 ans, journalière.

A son entrée à l'asile, le 12 juillet 1906, la malade était complètement désorientée dans le temps et l'espace comme le montre l'observation de M. Latapie, interne à l'asile de Maison Blanche :

« Je ne sais pas où je suis... ni d'où je viens... c'est la concierge qui m'a fait enlever... j'entendais dans la rue des gens qui m'appelaient v... p... on me parlait à l'oreille par les trous... on me faisait sentir du pétrole... dans la rue, on se retournait et on disait : « la voilà, la voilà, la Berthen, la ciseleuse... » A son arrivée, cette malade paraissait avoir des frayeurs, elle criait toute la nuit.

19 avril 1907. — Nous examinons la malade qui est complètement guérie de son accès délirant.

Elle est parfaitement orientée dans le temps et l'espace.

Elle lit, écrit, compte avec la plus grande facilité.

Mémoire. — Elle nous donne avec exactitude la date de sa naissance, celle de son entrée à l'asile, etc.

Pas de lacunes dans sa mémoire de fixation.

Jugement. — La malade raisonne sainement.

Son affectivité est normale.

La malade a le souvenir des troubles qui ont motivé son internement : « J'avais la tête malade... il y avait des personnes dans la maison qui m'insultaient... ils m'appelaient un tas de mots... je pleurais tout le temps. »

Elle se rend compte qu'elle « a déraisonné un peu ».

Elle cause de son état sans le moindre ennui, sans traduire la moindre contrariété.

Actuellement. — La malade est complètement guérie de son accès délirant, Elle travaille à la couture et s'occupe avec une certaine activité.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Fistule à l'anus à l'âge de 13 ans. Quatre enfants « morts en venant au monde », la malade possédant un bassin dystocique.

Réglée à 10 ans. Ménopause à 50 ans.

Caractère normal. Pas d'éthylisme.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort d'accident.

Mère morte d'une affection abdominale.

Deux frères morts l'un d'une péritonite, l'autre d'un accident.

Observation VI

Idées vagues de persécutions. Hallucinations de l'ouïe. Agitation par intervalle. Tendance au suicide. Premier accès à l'âge de 53 ans en 1896. Deuxième accès en 1906. Durée cinq mois environ. Guérison sans affaiblissement intellectuel.

Marie R..., 63 ans. Rentière.

PAS D'ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Ce renseignement est confirmé par la famille de la malade.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — La malade a eu un accès de rhumatisme aigu, étant jeune. Elle apprenait bien à l'école où elle est restée jusqu'à l'âge de 14 ans.

Son caractère était calme, normal. Mariée à 24 ans, elle a eu un fils bien portant à l'âge de 28 ans.

A partir de 32 ans, ses règles deviennent irrégulières, et « elle ne voit plus ».

A son entrée à l'asile, le 23 août 1906, cette malade nous dit son nom, son âge.

Elle est désorientée dans le temps : « Nous sommes en 1722, le 22 décembre. » Je lui fais remarquer qu'il fait chaud, elle ne revient pas sur sa première réponse.

Elle est déprimée et affaiblie : « Je ne veux rien vous dire ni avant ni arrière... c'est mon idée qui ne me dit rien... je ne dirai rien... » Cependant on peut apprendre qu'elle a des hallucinations auditives : « J'ai comme des sifflements dans les oreilles... j'entends comme une conversation... il faut que je réponde. » Cette malade paraît très tourmentée. Elle cause toute seule... elle n'a aucun soin de sa personne, elle ne s'occupe ni de faire son lit, ni de sa toilette (*Notes prises par le personnel*).

12 septembre. — La malade se rend compte qu'elle a eu un accès délirant.

Elle raconte qu'à la fin de mai, à l'occasion du décès de sa mère, elle a eu de nombreuses discussions d'intérêt avec son frère. Elle devient nerveuse, puis triste. Elle avait peur, ne se sentait plus maîtresse d'elle-même. « Pendant plusieurs jours dit la malade, je tremblais, je ne pouvais me tenir debout ; je dormais mal depuis le mois de janvier ; puis je me suis mise à délirer vers le mois de juin : je ne pouvais voir personne sans avoir peur... La présence de quelqu'un à mon chevet me faisait

peur... On aurait dit que j'avais deux téléphones dans la tête... j'étais obligée d'écouter ce qu'ils me disaient.... j'entendais toute espèce de choses... j'avais comme deux voix dans la tête, une interrogeait, l'autre répondait... c'était bien à l'intérieur de la tête que l'on causait... il y avait deux voix : la demande et la réponse. Je me rends compte de tout maintenant ».

La malade aurait été drôle pendant quelque temps. Elle ne peut préciser si elle a déliré. Elle n'a pas été internée.

Le 14 septembre 1906, la malade sort, guérie de son accès délirant dont elle a parfaitement conscience, ne présentant aucun affaiblissement intellectuel.

Le 21 octobre 1906, elle écrivait cette lettre :

Monsieur le Docteur,

Je vous écris ces quelques mots pour vous donner de mes nouvelles. Je n'ai pas eu de chance ; en arrivant au pays j'ai eu la grippe. J'ai passé quinze jours bien malade, mais maintenant ça va mieux. Je vous remercie, monsieur le Docteur, des soins que vous m'avez donnés. J'espère que le mal de cerveau ne reviendra plus... »

Observation VII

Excitation maniaque. Idées érotiques. Violences par intervalle. Durée dix-huit mois. Guérison sans affaiblissement intellectuel.

S... Alice Laure, 53 ans.

A son entrée à l'asile, le 16 février 1905, cette malade était dans un état d'excitation permanente. Elle bavardait, gesticulait, insultait ses compagnes. Elle dansait et chantait. Il lui arrivait

fréquemment de frapper ses compagnes. Nous avons été plusieurs fois témoins de sa violence.

Idées érotiques. — Sur ce fonds d'excitation, elles prédominaient : « Cette malade n'a aucune pudeur ; elle se déshabille toute nue devant tout le monde, sans la moindre honte. Elle tient des propos très indécents ; elle a des gestes tout à fait malséants. Elle court toujours au-devant des visiteurs ou des ouvriers et leur dit des horreurs. » (Note du personnel.)

Au moment de la visite, la malade levait ses jupes, causait d'un tel ou d'un tel, en donnant des appréciations où perçaient ses préoccupations érotiques. Nous les retrouvons dans les lettres de la malade :

Cher Docteur,

Changez donc de quartier cette sale Ch... avec son amie inséparable L... cette belle brune corse qui a le sang trop chaud pour nous (ce dernier membre de phrase souligné). Que deviendraient MM. les médecins si elle leur manquait... pensez si on ne voyait plus cette belle brune rouge couleur d'or en fusion... ça doit être la sœur de cette fameuse Casque d'Or, etc.

Au début de juin 1906, une amélioration se dessine dans l'état de la malade. Son excitation paraît tombée. Son activité est plus ordonnée. La malade a une tenue plus correcte. « Elle est très propre, et cherche à faire plaisir au personnel. »

En septembre le mieux persistant, on la change de quartier. Nous l'examinons à cette époque.

Orientation dans le temps et l'espace.

Elle compte rapidement et sans erreur.

Sa mémoire est intacte. La malade rappelle avec la plus

grande fidélité la date de son arrivée à Sainte-Anne, celle de son entrée à Maison Blanche, etc.

La malade cause et raisonne d'une façon sensée.

Parle-t-on de son excitation ancienne? La malade qui a conservé de son état le souvenir le plus complet explique que « c'étaient des idées qui la dominaient; j'étais énervée; pour un oui, pour un non, je giflais.. c'était plus fort que moi ».

Physiquement, elle fait la meilleure impression, elle a augmenté de 8 kilos.

La sortie de la malade était proposée. Quelques jours après son retour de la préfecture, on apprend la mort du mari de cette malade. Elle en éprouve un profond chagrin; elle est triste, mais non déprimée. Le 26 octobre, la malade écrivait cette lettre :

« Après le grand malheur qui vient de m'arriver, je vous demande ma sortie pour travailler de mon métier de repasseuse de linge fin, et rester avec ma fille..

« Monsieur le Docteur, vous devez comprendre que l'on ne peut laisser une jeune fille de 17 ans toute seule à Paris, que mon devoir de mère est de rester auprès d'elle. »

La situation de cette malade se trouvant modifiée par la mort de son mari, cette dernière est restée depuis à l'asile où sa guérison se maintient.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Aucune maladie.

Ménopause depuis janvier 1905.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort à 73 ans.

Mère morte à 49 ans d'un cancer de l'utérus.

Un frère bien portant.

Une jeune fille de 17 ans, chlorotique.

Observation VIII

Idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe. Troubles de la sensibilité générale, chez une malade âgée de 60 ans. Durée dix mois. Guérison complète avec intégrité des facultés intellectuelles. Alcoolisme très probable, mais non avoué par la malade, non constaté par le mari.

D... Marie, couturière, 60 ans.

Pas d'antécédents personnel ni héréditaire.

A son arrivée, la malade est désorientée dans le temps et l'espace. Elle se croit en 1866, ignore le mois.

Elle fait de nombreuses erreurs, lorsqu'on la fait compter.

Elle paraît très affaiblie. Aussi tous ses certificats portent-ils « affaiblissement intellectuel ».

28 avril 1906. — La malade va un peu mieux. Elle raconte que son état actuel a débuté en septembre 1906 par des douleurs dans le côté droit, douleurs contre lesquelles elle emploie sans succès toute une série de pommades et de liniments.

Hallucinations. — Puis elle a des hallucinations de l'ouïe. Elle entend ces mots : « Laissez-moi, laissez-moi, je l'aurai cette nuit ou je la tuerai. » Ces voix la harcelaient partout, l'accompagnaient partout.

Idées de persécutions. — Un peu plus tard, elle attribue ces voix à un nommé M. Pestel qui non content de lui causer, va ourdir contre elle toute une série de persécutions « inimaginables » : « Il m'a mis des chaînes aux jambes pour me soulever, introduit des agrafes dans le derrière, pour m'empêcher d'aller à la selle... il m'a mis une fois une balle de plomb que j'ai eu toutes les peines du monde à arracher avec mes doigts... il

soufflait sur mon beurre qui devenait rance, sur mon lait qui tournait. »

Interprétations délirantes. — Le matin, au moment de son meilleur sommeil, il lui envoyait du soleil dans les yeux pour l'empêcher de dormir.

Hallucinations de l'odorat. — Se mettait-elle à la fenêtre, il lui envoyait des vapeurs de soufre.

Vaincue par ces persécutions incessantes, elle ne mangeait plus, elle ne dormait plus, la nuit elle s'adressait à son persécuteur, elle lui demandait pardon, elle le conjurait de la laisser tranquille, elle le suppliait de ne pas toucher à son mari qui saurait moins se défendre qu'elle.

• Pas d'hallucinations de la vue.

Pas de pituites matinales, ni de tremblements des mains.

Cette malade est sortie de l'asile en juillet 1906. Non seulement elle était débarrassée de son délire, mais ses facultés ne se ressentaient nullement de cette période délirante qui s'est étendue de septembre 1905 à juin 1906.

En août, M. le Dr Lwöff recevait de la malade une lettre très sensée, où elle le remercie « des bons soins qui ont amené sa guérison ».

INTÉRÊT CLINIQUE

Ces quelques observations nous montrent que même chez le vieillard, à cet âge où l'athérome avec les désordres circulatoires qu'il entraîne trouble la circulation cérébrale, où les progrès de la sclérose menacent de frapper d'atrophie la cellule nerveuse, à cette étape de

l'existence où la vulnérabilité du cerveau semble telle qu'un rien doive en détruire l'harmonie fonctionnelle, une psychose même se prolongeant depuis plusieurs mois, pouvait se terminer par une guérison complète, sans entraîner ni séquelle ni reliquat, sans laisser ni traces ni empreintes, sans affaiblir le niveau intellectuel, en respectant l'activité cérébrale tout entière.

Leur intérêt clinique méritait qu'on les relatât. En effet, on est généralement habitué à considérer les vésanies du vieillard comme devant fatalement verser dans la démence. C'est l'opinion de tous les classiques.

« Passé 50 ans, les guérisons de la folie sont rares, dit Esquirol » (*Traité des maladies mentales*, p. 95).

« L'affaiblissement intellectuel qui survient naturellement avec la vieillesse et la langueur de toutes les fonctions facilitent le passage à la démence » (Pinel).

Dans sa vingtième leçon, « pronostic de la folie », le professeur Ball conclut que « plus un aliéné est jeune, plus il a de chance de guérir ; sans doute la guérison s'observe même chez les vieillards, mais elle est plus difficile, moins complète, l'intelligence une fois ébranlée ne regagne jamais le terrain perdu dans toute son étendue. Le même auteur écrit dans le *Dictionnaire Dechambre* :

« Parmi les conditions physiologiques qui accélèrent la venue de la démence, il faut citer en première ligne l'âge avancé des malades : la folie sénile porte d'emblée à la démence et à l'incurabilité. »

Toulouse dans sa thèse sur la *Mélancolie sénile chez la femme* écrit : « Ce qui caractérise cette forme de

folie, c'est l'affaiblissement intellectuel qui apparaît soit d'emblée au milieu du délire, soit près une courte évolution (p. 34) » ; plus loin page 49 : « la forme sénile de la mélancolie tend vers la démence, si bien qu'on pourrait dans certains cas porter le diagnostic de démence sénile avec idées mélancoliques. »

D'autres auteurs ont publié des statistiques, nous apprenant la guérison de psychoses séniles, dans telle ou telle proportion, mais sans apporter aucune observation à l'appui de leurs chiffres (Ritti, rapport du congrès de Bordeaux, 1898, déjà cité).

Nous n'avons trouvé que deux auteurs qui aient communiqué des cas de guérisons de psychoses séniles, pouvant se rapprocher de ses observations.

Daguillon (*France médicale*, 1892, page 65) publia deux cas de guérisons de démence sénile.

Observation I

X..., 84 ans, serrurier, entre le 4 octobre 1891 avec le certificat suivant : « démence sénile, avec conceptions, délirantes hypémانيques, refus d'aliments » ; il avait eu en 1869, à l'âge de 63 ans, un premier internement par « hypémanie anxieuse avec idées de persécutions. Durée un an environ. Sort guéri.

Observation II

X...; 65 ans. Démence sénile avec agitation. Un an de séjour. Sorti avec un léger affaiblissement dû à la sénilité.

Capgas (*Essai de réduction de la mélancolie en une psychose*

d'involution présénile, Thèse Paris, 1900) dit : « Nous connaissons deux malades qui sont sorties complètement guéries après six ans de séjour à la maison de santé.

L'une, M. X..., Anastasie, âgée de 67 ans, entrée le 1^{er} février 1883, sortie le 1^{er} mai 1899, avait présenté un délire mélancolique intense avec auto-accusations imaginaires, idées de ruine, tentatives de suicide réitérées (voulait se jeter du haut des tours de Notre-Dame, s'est ouvert la gorge, a essayé de se noyer). Quelques temps après sa sortie, elle écrit une lettre très sensée pour remercier des soins qui ont contribué à lui faire reprendre le goût de la vie ; l'écriture est rapide, les mots bien formés, ne traduisant aucun signe de dépression.

L'autre, M. H..., 52 ans, entrée le 13 mai 1887, sortie le 19 août 1895. Dépression mélancolique. Crises de larmes. Idées de persécution. Craintes d'emprisonnement. Refus d'aliments. Négligence des soins de propreté. Hallucinations de l'ouïe. Etat tel qu'en 1889 on perd tout espoir d'amélioration et l'on diagnostique : démence mélancolique. L'amélioration commence en décembre 1892 ; la malade cause, travaille, fait de la musique. Elle présente une poussée en août 1893, puis l'émotivité disparaît. La guérison s'est maintenue après sa sortie.

Ces deux observations dont les sujets ont été suivis après leur sortie se rapprochent particulièrement des nôtres. Ce sont les seules, avec les deux cas de Daguillon, que nous ayons trouvées dans les auteurs.

Ainsi de quelque côté que nous dirigions nos recherches, nous constatons une tendance générale à signaler l'évolution fatale du vieillard aliéné vers la démence. Il meurt dans la démence, le marasme ou la cachexie,

s'il ne succombe pas à une maladie intercurrente. Il était bon d'opposer à cette tendance, la réalité de guérisons fermes et complètes. Connaissant la possibilité de cette éventualité heureuse, le clinicien ne se laissera pas aller à un verdict d'incurabilité, lorsqu'il se trouvera en présence d'un vieillard frappé d'aliénation mentale. D'autre part la possibilité d'un accès provoquera son zèle, et lui inspirera la persévérance nécessaire pour s'occuper d'une affection qui peut bien n'être que passagère.

Mais il est un écueil à éviter : lorsque l'on a vu disparaître les idées délirantes chez le vieillard aliéné, quand ce dernier est redevenu calme, capable de s'occuper un peu, doit-on prononcer déjà le mot de guérison ? Non. La disparition du délire, la cessation de l'activité désordonnée ne peuvent être regardées comme des signes certains de retour à la santé. Mais il faut doser l'état mental du malade, chercher dans quelle proportion son activité mentale a été respectée, et s'il est capable de faire usage de ses facultés réveillées. Nous citerons à ce propos l'observation d'une malade âgée de 65 ans entrée à l'asile avec le certificat suivant :

Démencesénile, inconscience absolue de sa situation. Entérite chronique et que nous avons trouvée bien améliorée, lorsque nous l'avons examinée.

12 janvier 1907.— « Depuis un an environ, cette malade s'occupe régulièrement. Elle fait les courses. Elle met le couvert. Elle est gentille pour les malades. » (Note prise par le personnel.)

Elle est orientée dans le temps et l'espace.

— Quelle âge avez-vous?

— « Je ne me rappelle pas. »

— A peu près.

— « Je ne sais pas? »

— Avez-vous une idée?

— « Je ne sais pas. »

— Pourquoi vous a-t-on mise ici?

— « Je me souviens que c'est parce que j'ai eu la diarrhée (entérite notée à son entrée)... je n'ai jamais eu la tête malade... je n'ai jamais perdu la tête. »

— Voudriez-vous sortir?

— « Pour aller où... je suis bien ici. La malade se met à pleurer... elle me supplie de ne pas l'envoyer dans une famille... »

Elle n'a jamais demandé à sortir.

Cette malade est évidemment très améliorée. Elle s'occupe, elle travaille; mais elle se rend mal compte de sa situation, elle est ici parce qu'elle a eu des coliques. Elle ne demande pas à sortir... nul doute que son accès délirant n'ait laissé des traces sous forme de ce jugement incomplet, de cette personnalité effacée de cette passivité douce dans les manifestations de la volonté, et de cette émotivité exagérée.

Ainsi, à côté des guérisons, il faut signaler des améliorations dans la terminaison favorable des psychoses séniles. Ces dernières sont caractérisées par la cessation du délire, avec persistance d'un élément anormal dans la sphère affective (émotivité), dans la sphère in-

tellectuelle (amnésie partielle, affaiblissement du jugement et de la personnalité).

*
* *

INTÉRÊT MÉDICO-LÉGAL

Les observations que nous avons rapportées offrent, au point de vue médico-légal, une réelle importance.

Une malade (comme R..., obs. VI) peut dans un accès délirant commettre un meurtre. Elle est arrêtée, interrogée sommairement par un magistrat, et emprisonnée, sans examen de son état mental. Elle subit plusieurs mois de prison préventive, au cours desquels son accès délirant s'amende. Elle va être enfin jugée. On commet tardivement un aliéniste qui ne constate ni délire, ni affaiblissement intellectuel. La malade est condamnée. D'autre part, même l'affaiblissement intellectuel chez un vieillard ne saurait entraîner un non-lieu, s'il n'existe ni délire, ni hallucinations constatées, car « l'âge seul quelque avancé qu'il soit ne saurait être incompatible avec la criminalité, et le vieillard peut avoir l'esprit moins vif, l'imagination moins féconde, et la mémoire moins heureuse, sans que sa culpabilité s'en trouve amoindrie. » (Legrand de Saulle.) Ainsi, l'imprévoyance du légiste qui n'ordonne pas systématiquement l'examen rapide, hâtif même de l'inculpé peut être cause de graves erreurs.

Dans un autre ordre d'idées, nul l'ignore combien

fréquemment sont attaqués les testaments des vieillards. Arguant la chronicité habituelle des troubles délirants chez le vieillard, des héritiers lésés pourraient attaquer le testament d'une malade telle que la malade M... (Obs. III). Ils invoqueraient que deux ans, trois ans avant sa mort, elle a présenté une période délirante, avec affaiblissement intellectuel (certificat de Paul Garnier) ; que le testament a été confectionné entre cette période délirante et le décès, et qu'il est l'œuvre d'une démente. La possibilité de prouver qu'à la sortie de l'asile la guérison était complète validerait le testament. Dans le cas contraire, l'acte pourrait être contesté.

A cet âge, qui « favorise les captations et les suggestions, on est trop disposé à admettre l'incapacité du vieillard » (Legrand de Saulle). Puissent les faits que nous rapportons contribuer à corriger « cette doctrine étroite », que critiquait si vivement Legrand de Saulle.

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Sans doute, nombre de cas de folie chez le vieillard relèvent d'une tare héréditaire ou acquise. Régis, en particulier (*Annales médico-psychologiques*, 1887), cite une douzaine d'observations de psychoses, chez des gens âgés de 59, 63 ans, etc., et chez lesquels il existe des antécédents héréditaires très nets : grand'mère aliénée (Obs. I), mère mélancolique (Obs. III), etc. « Un fait incontestable, dit-il, c'est que l'hérédité peut exercer son influence au delà de l'âge mur, il semblerait que l'influence de l'hérédité attende parfois le déclin de l'existence avant de se manifester. » Mais l'auteur ne se demande pas la raison de cette temporisation. Pourquoi cette apparition inattendue d'un délire, à l'âge du repos de la vie, chez des sujets qui en ont pu surmonter tous les obstacles ? Se contentera-t-on de dire, suivant l'expression classique que l'hérédité a attendu « son heure pour se manifester »... Pour nous, l'hérédité conserve toute son importance, mais l'involution sénile, en créant un terrain spécial, « une sorte

de diathèse » par les modifications profondes qu'elle apporte dans l'organisme, suivant leur susceptibilité spéciale a permis à l'hérédité sommeillant de se démasquer.

De même l'involution sénile a favorisé en temps que cause occasionnelle, l'éclosion de troubles psychiques chez des alcooliques âgés, habitués de longue date aux excès, mais jusqu'alors épargnés.

Les dégénérés eux-mêmes peuvent voir éclore leurs premiers accès à un âge tel qu'il n'existe aucun doute sur le rôle de l'involution sénile dans leur apparition. (Voir thèse de Pécharmant, plusieurs observations de dégénérés ayant eu leur premier accès à 54, 66 ans, etc.)

Mais à côté de ce premier groupe d'individus, héréditaires, dégénérés, alcooliques ou victimes d'autres intoxications d'origine externe, il existe des vieillards aliénés, chez qui on ne découvre ni hérédité, ni tare constitutionnelle. Ce sont les cas de nos observations III, IV, etc. L'examen le plus suivi, n'arrive pas à dépister la cause de l'affection. Celle-ci se prolonge pendant plusieurs mois, parfois davantage. Malgré l'âge avancé des malades, elle aboutit à une guérison complète.

Le début tardif de ces psychoses leur survenance à un âge avancé, leur évolution parallèlement avec les progrès de l'involution sénile, leur chevauchement avec les troubles de ce processus, nous permet d'attribuer à ce dernier une influence indéniable dans leur production. Notre statistique nous a conduit au même résultat. Mais son rôle ne saurait être que secondaire

Il est évident que si l'involution peut favoriser l'apparition d'une psychose, elle ne saurait la créer. Son rôle se borne à lui servir de cause adjuvante. Quel en sera alors la cause déterminante ?

On pourrait accuser un trouble de sécrétion interne, et en particulier la suppression des fonctions génitales, ovariennes ou testiculaires. L'importance des glandes génitales dans l'économie, les troubles qui résultent de leur suppression (neurasthénie, dépression, à un degré plus élevé, véritables psychoses, consécutives à la castration ovarienne ou testiculaire) ; le rôle de la ménopause dans la genèse des maladies mentales, rôle nettement établi par la fréquence de l'éclosion des troubles mentaux au moment ou peu après la suppression du flux menstruel militent en faveur d'un trouble de sécrétion interne. Une sorte de suppléance ou d'accoutumance de l'organisme expliquerait l'état transitoire ou épisodique de ces accès. Mais la question des psychoses consécutives aux castrations n'est pas élucidée (Alaize, thèse 1906). « L'opération comme les autres causes extérieures, de ces psychoses paraît agir par voie d'infection ou d'auto-intoxication » (Margalies cité par Alaize).

D'autre part, quel est le rôle de la suppression du flux menstruel au moment de la ménopause ? Raciborski émettait l'hypothèse que le sang retenu dans l'organisme en plus ou moins grande quantité distendait les vaisseaux, comprimait les centres nerveux, agissait pour ainsi dire physiquement et d'une manière mécanique en augmentant la pression sanguine. Actuel-

lement, on tend à admettre que le sang des menstrues, riche en toxines, altéré, provoque une sorte d'intoxication. En faveur de cette hypothèse nous invoquons la composition du sang des menstrues qui ne coagule pas, qui possède des globules altérés; les symptômes prémonitoires de l'écoulement cataménial (sommolence ou cristabilité, surexcitation, quelquefois hallucinations); les troubles qui accompagnent l'aménorrhée, leur absence dans le cas d'hémorragie décariante.

Ainsi l'intoxication tend à prendre le pas sur le trouble de sécrétion interne.

Pour nous, les psychoses d'involution sénile relèvent du même processus.

L'involution sénile elle-même semble le résultat d'une auto-intoxication. « L'analogie de la dégénérescence sénile avec les maladies atrophiques permet de supposer la similitude des causes qui provoquent ces deux séries de phénomènes. La sclérose du cerveau, des reins, et du foie a souvent pour origine l'intoxication par des poisons tels que l'alcool, le plomb, le mercure. Ces maladies peuvent être aussi provoquées par des virus, parmi lesquels celui de la syphilis joue le premier rôle (Metchnikoff, *La nature humaine*). D'après Edgen, il est un cinquième des cas, dans lesquels on ne découvre aucune cause à l'atério-sclérose chez les gens âgés... néanmoins, « on a le droit de supposer que cette sclérose sans cause avérée n'est rien moins que physiologique, qu'elle doit être aussi pathologique que la sclérose d'origine syphilitique ou alcoolique » (*id.*, *loc.*

cit.) ; plus loin « pour expliquer l'artériosclérose dans les exemples où il n'y a ni syphilis, ni alcoolisme, ni infections antérieures, il y a lieu d'invoquer l'empoisonnement par cette masse innombrable de microbes, qui pullulent dans notre tube digestif. » Cet auteur cite à l'appui de sa thèse l'autorité de Bouchard qui a attiré l'attention sur les empoisonnements de l'organisme provenant du tube digestif ; celle de Huchard, qui insiste sur les poisons alimentaires, causes d'artériosclérose, et comme contre-partie, il rapporte les exemples de longévité chez des ascètes, des végétariens, etc.

C'est une pathogénie analogue que nous envisageons pour expliquer nos cas de psychoses séniles transitoires, disparaissant sans laisser de traces.

A l'état normal, l'organisme élimine par l'urine les déjections, la sueur, l'air expiré, les nombreux poisons que produisent d'une façon incessante les fermentations intestinales, alimentaires ou microbiennes d'une part, et d'autre part les manifestations vitales elles-mêmes, et en particulier les produits de la désassimilation, « toute manifestation vitale étant nécessairement liée à une destruction organique » (Cl. Bernard).

Déjà si intense à l'état physiologique, cette production de poisons tend à augmenter dans toutes les conditions morbides. Elle s'exagère manifestement dans la plupart des états pathologiques, lorsque les organes chargés d'éliminer et de transformer les substances nocives souffrent de quelque altération (auto-intoxication urémique, intoxications d'origine gastro-intestinale dans les affections hépatiques, etc.).

Nul n'ignore l'importance de son rôle dans certaines diathèses héréditaires ou acquises.

Ainsi, partout s'affirme cette influence des substances toxiques endogènes et exogène. Peut-on concevoir que le vieillard sera épargné?... Sur son organisme affaibli dont toutes les fonctions sont ralenties, l'intoxication reprend ses droits. Chez lui, elle domine la scène morbide. Et pour nous, c'est dans une auto-intoxication qu'il faut chercher la genèse des troubles mentaux chez le vieillard. Cette pathogénie a l'avantage d'être en harmonie avec les tendances modernes, mais il n'est pas possible d'en prouver la réalité. Sans doute, les travaux d'Aburde, de Régis, de Brugia sur la toxicité du sérum et de l'urine dans les affections mentales tendent à appuyer notre conception, mais ces recherches ont besoin d'être complétées. L'analogie des troubles que nous avons décrits, avec les accidents provoqués par des intoxications d'origine externe (alcoolisme, saturnisme, morphinisme, etc.), constitue au contraire une preuve importante en faveur d'un processus toxique, d'origine endogène, en l'absence de toute cause provocatrice d'origine externe.

L'intoxication admise, quelles sont les lésions qu'elle provoque ? Et d'abord, pourquoi le cerveau est-il frappé ? Dans les cas où il existe une hérédité nerveuse ou une tare acquise on comprend aisément cette sélection. Ces particularités absentes, on ne s'explique guère cette sélection que par la vulnérabilité plus grande de cet organe : le système nerveux est la partie la plus sensible des êtres supérieurs, c'est lui que les choses

impressionnent le plus facilement, c'est lui qui subit les premiers coups. « Chez l'homme, le cerveau acquérant une importance prépondérante, ce sont les centres nerveux qui sont le plus souvent frappés » (Metchnikoff). Il est juste d'ajouter que le cerveau nous mettant en relation avec le monde extérieur, sa symptomatologie se révèle rapidement à l'observation. Il n'en est pas de même des affections de certains organes, comme le foie, les capsules surrénales, etc. (Dr Lwöff).

Les désordres anatomiques de ces troubles toxiques sont variables.

Dans les cas légers, dans les intoxications extrêmement lentes, comme cela semble le cas habituel, à cette époque de l'existence que nous considérons, et qui est caractérisée par un ralentissement général de tous les phénomènes normaux et anormaux, physiologiques et pathologiques, tout semble se borner à des troubles vaso-moteurs. Il en résulte des états morbides paraissant ne s'accompagner d'aucune lésion accessible à nos moyens d'investigation actuelle. Cette absence de lésions importantes permet aux éléments nerveux de retrouver un nouvel équilibre après une période plus ou moins longue de déséquilibre. S'agit-il d'une résistance spéciale des cellules ou d'une adaptation de l'organisme au poison? Nous ne pouvons répondre scientifiquement à ces deux hypothèses. Quoi qu'il en soit, l'organisme sort victorieux de cette lutte. La restauration se fait d'une façon complète (obs. III, IV, V, VI, etc.).

Si les troubles sont plus profonds, s'ils se répètent

ils susciteront une série de réactions secondaires (congestion active, phagocytose, prolifération du tissu conjonctif, étouffement des éléments nobles) qui entraîneront des troubles permanents, définitifs, chroniques (démence).

Un mécanisme détourné peut aboutir au même résultat. Les produits toxiques frappant le système artériel déterminent de l'artério-sclérose, puis des zones de ramollissement cérébral, lésions définitives, provoquant également des troubles chroniques.

TRAITEMENT

Le traitement des psychoses du veillard est l'internement.

Le séjour du veillard aliéné dans le milieu où son affection a pris naissance fournit des aliments incessants à son délire, lui procure de nombreuses causes d'excitation et s'oppose à tout traitement méthodique. Une des premières indications est donc de soustraire le malade à ses habitudes et à sa manière de vivre.

A l'asile, le traitement comportera outre l'influence qu'exercent sur le malade les nouvelles conditions dans lesquelles il est placé, le traitement moral par le médecin « qui doit faire preuve de patience, de douceur et de bienveillance » ; et l'application de tous les moyens capables de lutter contre l'auto-intoxication, que nous considérons comme la cause des psychoses du veillard : régime lacté ou lacto-végétarien, révulsion intestinale, aération, promenade au grand air, dans les cours des quartiers.

CONCLUSIONS

I. — Il existe chez le vieillard des troubles démentiels (démence simple, démence délirante), et des troubles psychiques.

II. — Ces derniers mènent fréquemment à la démence. Mais ils peuvent guérir, sans laisser leur empreinte sur le cerveau du vieillard, déjà touché par le processus d'involution sénile, sans affaiblir ses facultés intellectuelles, sans laisser ni séquelle ni reliquat dans sa mémoire, son jugement ou ses facultés affectives, et en respectant son activité cérébrale (obs. III, IV, V, VI, VII, VIII).

III. — L'analogie de ces troubles délirants transitoires avec les psychoses toxiques d'origine externe (alcoolisme, saturnisme), leur évolution vers une guérison complète, leur chevauchement avec les troubles d'involution sénile qui paraissent eux-mêmes d'origine auto-toxique, permettent de les rattacher à une auto-intoxication.

IV. — Leur curabilité offre un réel intérêt par le clinicien qui ne se laissera pas toujours aller à un verdict d'ineurabilité, lorsqu'il se trouvera en présence d'un vieillard atteint d'aliénation mentale.

V. — Au point de vue médico-légal l'existence de ces psychoses transitoires nécessite l'examen immédiat de l'état mental de tout vieillard inculpé.

Vu : le Président de la thèse,

JOFFROY

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- CAPGRAS. — *Thèse Paris*, 1901.
- CHARPENTIER. — Des troubles mentaux dans la sénilité précoce (*An. m.-psy.* 1885).
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies des vieillards.
- DAGUILLON. — *France médicale*, 1892.
- DEMANGE. — Étude clinique et anatomo-pathologique sur les maladies des vieillards.
- DENY ET CAMUS. — Psychoses maniaques dépressives.
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales.
- GOUDAL. — Aliénation mentale chez les vieillards. *Th. Paris*, 1884.
- GILBERT-BALLET. — Traité des maladies mentales.
- JOFFROY. — Leçons cliniques (1904-1905).
- LEGRAND DE SAULLE. — Testaments contestés pour cause de folie.
- LUYS. — Traité des maladies mentales.
- MABILLE. — Communication au congrès de Bordeaux, 1895.
- MAGNAN. — Leçons cliniques.
- MAIRET. — Démence mélancolique. *Th. Paris*, 1883.
- MARCÉ. — Démence sénile. *Th. Paris*, 1863.
- METCHNIKOFF. — La nature humaine.
- MARIE. — Recherche sur l'état mental de quelques séniles, Congrès de Bordeaux, 1895.

- OLIVIER. — *Thèse Paris*, 1891.
- PINEL. — *Traité de l'aliénation mentale*.
- PAGÈS. — *Th. Nancy*, 1876.
- PARISOT. — *Congrès Nancy*, 1896.
- PÉCHARMANT. — *Essai sur la psychose de la vieillesse. Th. Paris*, 1893.
- RÉGIS. — *Folie héréditaire chez les gens âgés (An. m.-psy. 1887)*.
- RITTI. — *Congrès de Bordeaux*, 1895.
- ROUILLARD. — *Gazette des Hôpitaux*, 1889.
- SÉGLAS. — *Psychoses séniles (Progrès médical, 1888)*.
— *Délire de négations*.
- SCHEFFER. — *Thèse de Lyon*, 1896.
- THIVET. — *Thèse Paris*, 1889.
- VOISIN. — *Leçons professées à la Salpêtrière. Annales médico-psychologiques, passim. Encéphale*.

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

